湖北省紧缺人才和县级骨干人才培训项目学员申报表

**所属地市：**

**项目类别： 麻醉  康复 临床药师 县级骨干**

**申 请 人：**

**工作单位： （盖章）**

**联系电话：**

湖北省卫生健康委科教处

2021年8制

一、基本情况

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | | | |  | | 出生年月 |  | | 性 别 | |  |
| 民 族 | | | |  | | 职 称 |  | | 受聘时间 | |  |
| 毕业院校 | | | |  | | 学 历 |  | | 学 位 | |  |
| 从事专业及方向 | | | |  | | | | | 从事临床工作时间 | |  |
| 个人简历（包括大学以上学习简历和工作简历） | | | | | | | | | | | |
| **学习 简历** | | 起止年月 | | | 学校 | | | 专业 | | 学历及学位 | |
|  | | |  | | |  | |  | |
|  | | |  | | |  | |  | |
|  | | |  | | |  | |  | |
|  | | |  | | |  | |  | |
| 工作 简历 | 起止年月 | | | | 单位 | | | 从事何种工作 | | 职务及职称 | |
|  | | | |  | | |  | |  | |
|  | | | |  | | |  | |  | |
|  | | | |  | | |  | |  | |
|  | | | |  | | |  | |  | |
| **从事临床专业工作情况** | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **拟定的学习目标和学习计划** | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| 二、审核意见 | | | | | | | | | | | |
| 所在单位科室主任意见 | | | （科主任签字）  年 月 日 | | | | | | | | |
| 所在单位推荐意见 | | | （盖章）  年 月 日 | | | | | | | | |
| 培训单位意见 | | | （盖章）  年 月 日 | | | | | | | | |